自転車用ヘルメット販売証明書

年　　月　　日

立科町長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　自転車用ヘルメット販売店

住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　下記のとおり、自転車用ヘルメットを販売したことを証明します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 購入したヘルメットの品名等 | メーカー名 |  |
| 型番等 |  |
| 購入年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 購入価格（税込） | 円 |
| ヘルメット使用者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |